

M.D.

M E D I C I N A E D O C T O R

Anno XX, numero 5 - 20 aprile 2013

Poste Italiane Spa - Sped. in abb. Postale - D.L. 353/2003 (conv. In 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, DCB Milano - Direttore responsabile: Dario Passoni - ISSN 1123 8631

IN QUESTO NUMERO

ESPERIENZE

8

**Curando insieme
si può curare meglio**

CLINICA

20

**Quando il dolore pelvico
da sintomo diventa malattia**

RICERCHE

28

**C'è una relazione tra
osteoporosi e parodontopatia?**



Dario Chiriaco

*Presidente OMCeO di Rieti
Coordinatore Commissione FNOMCeO
per le Medicine non Convenzionali*

**Agopuntura, Fitoterapia e Omeopatia:
un altro passo verso la regolamentazione**

M.D.

MEDICINAE DOCTOR

M.D. Medicinae Doctor

Reg. Trib. di Milano n. 527 del 8/10/1994
ROC n.4120

Direttore Responsabile

Dario Passoni

Comitato di Consulenza di M.D.

Massimo Bisconcini, Claudio Borghi, Nicola Dilillo, Giovanni Filocamo, Massimo Galli, Mauro Marin, Carla Marzo, Giacomo Tritto

Redazione: Patrizia Lattuada, Anna Sgritto

Grafica e impaginazione

Manuela Ferreri, Rossana Magnelli

Produzione: Giancarlo Oggioni

Pubblicità: Teresa Premoli, Sara Simone

Passoni Editore s.r.l.

Via Boscovich, 61 - 20124 Milano
Tel. 02.2022941 (r.a.) - Fax 02.202294333
E-mail: medicinae.doctor@passonieditore.it
www.passonieditore.it

Amministratore unico: Dario Passoni

Abbonamento

Costo di una copia: 0,25 €
A norma dell'art. 74 lett. C del DPR 26/10/72
n° 633 e del DPR 28/12/72, il pagamento dell'IVA
è compreso nel prezzo di vendita.

Stampa: Tiber SpA - Brescia

Testata associata a

A.N.E.S.

ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA



CONFINDUSTRIA



Testata volontariamente sottoposta a certificazione
di tiratura e diffusione
Per il periodo 1/1/2012 - 31/12/2012
Periodicità: 15 numeri all'anno
Tiratura media: 30.507 copie
Diffusione media: 30.158 copie
Società di Revisione: RIA Grant Thornton

I dati relativi agli abbonati sono trattati elettronicamente e utilizzati dall'editore per la spedizione della presente pubblicazione e di altro materiale medico-scientifico. Ai sensi dell'articolo 7 del D.lgs del 30 giugno 2003 n.196, in qualsiasi momento è possibile consultare, modificare e cancellare i dati o opporsi al loro utilizzo scrivendo a: Passoni Editore srl, Responsabile Trattamento Dati, Via Boscovich 61 20124 Milano

Mmg, capri espiatori di un Ssn che implode tra tagli e burocrazia

I medici di medicina generale italiani sono ormai avvezzi ad essere capri espiatori di un sistema sanitario che non è più in grado di rispondere ai suoi principi fondatori: universalità ed equità. Lento e graduale è stato il logoramento del Ssn, perpetrato attraverso continui tagli, riduzione dei servizi offerti ai cittadini, crescenti livelli di partecipazione alla spesa di quest'ultimi e aumento a dismisura della burocrazia. Si è quasi avuta la sensazione che i continui annoveri burocratici venissero utilizzati come un deterrente per calmierare una domanda di salute a cui non si era più in grado di rispondere. La sanità si sa è un grande bacino di voti e quindi a poco o nulla sono serviti i continui richiami ad attuare una opportuna strategia di riduzione degli sprechi in un comparto strategico per gli interessi politici e sociali che rappresenta. Mano a mano che le contraddizioni esplodono, l'anello più debole del sistema veniva sempre più zavorrato da adempimenti burocratici che ne depauperavano il ruolo professionale. E così è stato facile nelle situazioni scomode puntare il dito indice verso i medici di famiglia dichiarando, a volte tra le righe e altre volte palesemente, che erano i principali artefici degli accessi impropri al Pronto soccorso, dell'aumento della spesa per farmaci e per accertamenti diagnostici attraverso prescrizioni inappropriate che ingolfavano le liste d'attesa.

A questo punto non bisogna meravigliarsi che se un pensionato muore nella ressa agli sportelli della propria Asl - presi d'assalto nell'ultimo giorno utile per presentare la domanda di rinnovo dell'esenzione dal ticket - la responsabilità sia del Mmg. Sua è la colpa di non averlo avvisato in tempo del fatto che, rientrando nella categoria E01, avrebbe potuto presentare la domanda di rinnovo entro il 30 giugno. L'episodio è stato recentemente al centro della cronaca palermitana. Basta leggere i lanci delle Agenzie di Stampa o sfogliare gli articoli dei giornali locali e nazionali per imbattersi nella dichiarazione del direttore del poliambulatorio di Palermo che si diceva amareggiato per quanto accaduto, soprattutto per il fatto che quel signore non doveva nemmeno essere lì e aggiungeva: "Evidentemente non tutti i medici di base hanno opportunamente informato i propri pazienti, generando una situazione di panico".

Agopuntura, Fitoterapia e Omeopatia: un altro passo verso la regolamentazione



Nel febbraio 2013 sono stati certificati dalla Conferenza Stato-Regioni i criteri per la formazione sulle discipline di medicina complementare, detta anche non convenzionale (MnC). Un atto che è stato salutato dagli addetti ai lavori come un passaggio fondamentale per iniziare a colmare un vuoto legislativo, fornendo, così, maggiori garanzie di qualità a medici e cittadini. Ma c'è chi esprime delle perplessità sul fatto che i criteri di certificazione riguardino solo Omeopatia, Agopuntura e Fitoterapia. M.D. sull'argomento ha intervistato **Dario Chiriaco**, presidente dell'Ordine dei Medici di Rieti e coordinatore della Commissione FNOMCeO per le Medicine non Convenzionali

► **Anna Sgritto**

Secondo il Rapporto Italia 2012 di Eurispes, sono circa 10 milioni gli italiani che ogni anno ricorrono alle Medicine non Convenzionali e 20mila sono i medici che le praticano. "Garantire la sicurezza, l'appropriatezza delle prestazioni e la corretta informazione al paziente di queste terapie - sottolinea **Dario Chiriaco**, coordinatore della Commissione FNOMCeO per le Medicine non Convenzionali - è stata la finalità delle iniziative che hanno contraddistinto le azioni della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici in questi anni, con le quali si è cercato di dare delle regole e sensibilizzare gli organi preposti a colmare un vuoto normativo. Proprio per questo motivo non possiamo non sottolineare la valenza del recente accordo nazionale sancito dalla Conferenza Stato-Regioni per la regolamentazione delle medicine complementari".

► **C'è però chi sostiene che l'Accordo Stato-Regioni, regolamentando solo Agopuntura, Omeopatia e Fitoterapia, crei una sorta di apartheid tra queste e le altre MnC riconosciute e inserite nei Registri della FNOMCeO?**

"Premesso che qualsiasi legge ha sostenitori e detrattori, tengo a precisare che l'Osservatorio sulle MnC della Federazione sta già lavorando per entrare nel merito di quanto stabilito dall'Accordo per evidenziarne le eventuali criticità e gli ambiti che necessitano di chiarimenti. Ma ciò non toglie che quanto sancito dalla Conferenza Stato-Regioni, pur rappresentando un punto di partenza e non di arrivo per la regolamentazione delle medicine complementari, ha una portata storica. In tutti questi anni non abbiamo fatto altro che sottolineare la necessità di disporre

in tale ambito di una normativa nazionale che consenta di individuare criteri certi e omogenei a tutela della salute dei cittadini e dei medici. La svolta di Terni del 2002 e le linee guida per la formazione nelle medicine e pratiche non convenzionali, redatte dalla Federazione nel 2009, sono state tappe fondamentali per innescare questo processo. Nel 2002 la FNOMCeO riconobbe, per il loro rilievo sociale, nove MnC: Agopuntura, Medicina Tradizionale Cinese, Medicina Ayurvedica, Medicina Omeopatica, Medicina Antroposofica, Omotossicologia, Fitoterapia, Chiropratica, Osteopatia. Stabili che queste erano di esclusiva competenza e responsabilità professionale del medico chirurgo e dell'odontoiatra in quanto a tutti gli effetti atto medico. Successivamente prendemmo atto del fatto che Chiropratica e Osteopatia, pur rientrando nel

novero delle MnC, sono considerate indipendenti, autonome e distinte dall'area medica e quindi sono regolamentate diversamente e possono essere esercitate da non-medici per cui non le includemmo più nel nostro Registro. I principi e i criteri dettati da quei documenti sono stati importantissimi, ma per essere realmente incisivi avevano bisogno di un adeguato riconoscimento legislativo che è tardato a venire. Ed è proprio per questo motivo che l'Accordo rappresenta un'occasione da non perdere per centrare l'obiettivo. Non va dimenticato che quanto stabilito dalla Conferenza Stato-Regioni, per avere un'incidenza normativa e regolamentare, necessita di ulteriori passaggi e in questo frangente continueremo a svolgere il nostro lavoro, attivando un confronto con gli organi competenti, a cui faremo pervenire le nostre istanze. Detto ciò, grazie a questa normativa, dal 2015, con la fine del regime transitorio, i medici abilitati all'esercizio professionale di Omeopatia, Agopuntura e Fitoterapia, dovranno dimostrare di avere un *curriculum* formativo maturato a livello universitario tramite un master di formazione specifica, oppure di aver completato un iter triennale di formazione presso una scuola accreditata".

► Entriamo nei dettagli...

"L'Accordo si compone di 10 articoli e, come già specificato, ha come oggetto la formazione dei medici chirurghi e odontoiatri che esercitano l'Agopuntura, la Fitoterapia e l'Omeopatia. In esso viene ribadito che queste tre discipline costituiscono atto sanitario e sono oggetto di attività riservata perché di esclusiva competenza e responsabilità professionale del medico e del farmacista.

Si stabilisce che a tutela della salute dei cittadini presso gli Ordini provinciali dovranno essere costituiti gli elenchi dei professionisti distinti per disciplina. Inoltre, per la valutazione dei titoli necessari all'iscrizione negli elenchi, gli Ordini professionali dovranno indire specifiche commissioni formate da esperti nelle diverse discipline a cui, peraltro, non spetta alcun compenso in relazione all'incarico ricoperto".

► E per quanto concerne i criteri e gli obiettivi formativi?

"Per il percorso formativo, vengono previste 400 ore di formazione teorica, a cui bisogna aggiungere 100 ore di pratica clinica di cui almeno il 50% di tirocinio pratico, supervisionato da un medico esperto della disciplina. A tale monte ore vanno sommati lo studio individuale e la formazione guidata. Si istituisce l'obbligo di frequenza minima all'80% per le lezioni sia teoriche sia pratiche. Il percorso formativo accreditato prevede il superamento di un esame teorico-pratico al termine di ciascuno degli anni di corso, nonché la discussione finale di una tesi. A termine di questo percorso, verrà rilasciato, dai soggetti pubblici e privati accreditati alla formazione, un attestato in conformità ai requisiti richiesti, che consentirà l'iscrizione agli elenchi degli esperti delle singole discipline. Gli insegnamenti di tipo generale non dovranno superare il 20% del monte ore complessivo di formazione teorica. Nella programmazione didattica, pur sottolineando che la formazione sul campo rappresenta un elemento di primaria importanza nella definizione di un percorso formativo efficace, è prevista anche la Formazione a distanza, che però non dovrà superare il 30% delle ore di formazione teori-

ca. La normativa entra anche nello specifico delle metodologie e degli obiettivi formativi. Nell'articolo 9, vengono delineati i criteri a cui devono rispondere le scuole, pubbliche o private che siano, per addivenire soggetti accreditati alla formazione. I responsabili didattici di tali scuole non solo dovranno essere medici, ma dovranno avere almeno 10 anni di esperienza clinica documentata e 7 anni di docenza specifica nelle discipline contemplate dall'Accordo".

► Docenti qualificati e scuole accreditate per innalzare il livello di qualità?

"Sì, le scuole che non rispondono ai requisiti istituiti dalla normativa saranno costrette ad adeguarsi. L'obiettivo, come ho più volte sottolineato, è quello di incentivare la qualità del medico che esercita queste discipline e conseguentemente della prestazione. È ovvio che per fare ciò si rende necessario controllare i docenti, i loro titoli e i programmi didattici. Proprio per questo motivo FNOMCeO, nei vari documenti redatti, auspicava la creazione di una Commissione mista, composta da rappresentanti dell'Ordine e del Ministero, quale organo di controllo di garanzia nazionale, ma ciò non toglie che l'istituzione di tali Commissioni a livello regionale, così come prevede l'Accordo, può essere considerata d'auspicio, un punto di partenza".

www.qr-link.it/video/0513



► Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

La valutazione dei tutor in Medicina di Famiglia

La valutazione dei tutor è un processo codificato in tutti i Paesi in cui esiste un profilo di carriera per il Mmg e dove esistono dipartimenti universitari dedicati a questa disciplina. La specificità italiana rende necessario disegnare un percorso intermedio per potere avviare tale iter

Giuseppe Maso

*Medico di famiglia - Venezia
Insegnamento di Medicina di Famiglia
Università di Udine*

In tutti i Paesi del mondo in cui questa disciplina esiste essa è specialità universitaria e i medici che la esercitano costituiscono, proprio per questo una categoria omogenea, che esercita in un campo di azione definito. La specialità ha un suo dominio, ha i suoi insegnati e i suoi tutor. La situazione italiana rappresenta nel panorama europeo un'eccezione per una serie di motivi: disomogeneità dei medici di famiglia (MdF); la medicina di famiglia non è accademica; non esiste una specialità universitaria per questa disciplina, ma vi sono delle Scuole Regionali, diverse tra loro. La maggior parte dei MdF italiani infatti hanno iniziato questa professione con la nascita del Ssn nel 1978 e nessuno di questi era stato formato per questa professione. La maggior parte dei medici era formata per l'ospedale, pochi hanno fatto una scelta vocazionale, molti hanno frequentato scuole di specialità. La categoria è quindi disomogenea e così stando le cose non potrà che fornire tutor diversi tra loro. Per questo sono necessari corsi di formazione *ad hoc* e per questo ci saranno tutor di diverso livello.

La coorte di medici di famiglia che abbiamo a disposizione è una coorte di transizione per cui avremo ancora per qualche anno la maggior parte dei tutor che non hanno avuto alcuna formazione accademica sulla disciplina (autodidatti) cui seguirà una coorte sempre più vasta di medici che hanno un diplo-

ma di formazione regionale in Medicina Generale cui si spera possa seguire una coorte di medici con formazione specialistica accademica con un iter formativo universitario che preveda specialità, dottorato e carriera d'insegnamento (questo avviene nella maggior parte dei Paesi europei).

Per questo le modalità di valutazione che si possono mettere in atto ora sono sicuramente diverse da quelle che potremmo mettere in atto in un futuro prossimo. Dobbiamo considerare comunque la definizione europea della Medicina di Famiglia, l'organizzazione dei livelli di cura del Sistema sanitario e il *curriculum* di un buon medico.

Considerata la situazione italiana della Medicina Generale, tenendo a mente l'organizzazione dei livelli di cura e la definizione europea della Medicina Generale/Medicina di Famiglia potremmo utilizzare come parametri di valutazione i principi stessi della specialità. Dobbiamo ricordare che ogni sistema di valutazione prevede la possibilità che i criteri considerati non siano soddisfatti e in ogni caso si creerà una scala di valori. Nel nostro caso dobbiamo pure tenere presente che i parametri presi in considerazione per la valutazione avranno un peso diverso per i precettori (pre-laurea) e per i tutor valutatori (post-laurea). Naturalmente la valutazione dovrà essere fatta sia dall'Università o dagli Ordini (o da entrambi) sia dagli studenti che dai tirocinanti per l'Esame di Stato. Un modello di valutazione, ovviamente implementabile e soggetto a discussione, potrebbe essere quello riportato nella *tabella 1*. Per ogni casella potremmo assegnare un valore numerico e potremmo decidere quale potrebbe essere lo *score* necessario per fare il tutor.

Tabella 1

La proposta di un modello di valutazione

Principio	Precettore	Tutor valutatore	Soggetto valutatore
Gestione contemporanea di più patologie	Applica linee guida internazionali delle patologie più frequenti.	Applica linee guida internazionali delle patologie più frequenti.	Università
	Possiede un archivio elettronico dei pazienti con le patologie codificate. Ho visto a sufficienza un certo numero di patologie presenti in un elenco concordato.	Possiede un archivio elettronico dei pazienti con le patologie codificate. Ho discusso e approntato un piano terapeutico per un numero sufficiente di patologie presenti in un elenco concordato.	Studiante/ Neolaureato
Facilità di accesso	Ampi orari di ambulatorio. Ambulatori dedicati. Tempo dedicato a pazienti particolari.	Ampi orari di ambulatorio. Ambulatori dedicati. Tempo dedicato a pazienti particolari.	Università
	Abbiamo discusso un piano di organizzativo per la gestione delle patologie frequenti.	Ho formulato un piano organizzativo per la gestione delle patologie frequenti.	Studiante/ Neolaureato
Influenza dell'ambiente e delle relazioni sulla domanda	Ha un archivio anagrafico dei pazienti con i dati su famiglia e lavoro.	Ha un archivio anagrafico dei pazienti con i dati su famiglia e lavoro.	Università
	Ho analizzato un caso clinico considerando l'influenza dell'ambiente.	Ho individuato le problematiche relazionali in un caso che mi è stato sottoposto.	Studiante/ Neolaureato
Continuità	Pratica la medicina di iniziativa. Programma le visite di controllo.	Pratica la medicina di iniziativa. Programma le visite di controllo.	Università
	Ho impostato un piano di gestione di patologia cronica.	Ho impostato un piano di gestione di patologia cronica.	Studiante/ Neolaureato
Collaborazione	Presenza di personale in studio.	Presenza di personale in studio.	Università
	Ho osservato discussioni organizzative e gestionali dei membri dello studio. I colleghi di studio e gli infermieri hanno contribuito all'insegnamento. Ho passato sufficiente tempo con infermiera, segretaria e altri colleghi.	Ho osservato discussioni organizzative e gestionali dei membri dello studio. Ho concordato con l'infermiera un piano di gestione per un paziente diabetico e per un paziente con scompenso cardiaco.	Studiante/ Neolaureato
Approccio centrato sul paziente	Vengono registrate le aspettative, le volontà e le capacità del paziente.	Vengono registrate le aspettative, le volontà e le capacità del paziente.	Università
	Ho imparato a concordare con il paziente ogni decisione. Ho imparato che la comunicazione è molto importante.	Ho concordato con un paziente un piano di cura. Ho gestito autonomamente un colloquio con un paziente diabetico e uno con un paziente con scompenso cardiaco.	Studiante/ Neolaureato
Approccio bio-psico-sociale	Registra in cartella le problematiche sociali e psicologiche dei pazienti.	Registra in cartella le problematiche sociali e psicologiche dei pazienti.	Università
	Ho imparato a registrare idee, sentimenti e preoccupazioni dei pazienti e i loro effetti sulla vita.	Ho individuato gli effetti sulla vita e sulla salute delle idee, sentimenti e preoccupazioni dei pazienti.	Studiante/ Neolaureato
Autonomia, indipendenza	Inizia la terapia per le patologie più frequenti. Ambulatorio con near patient testing. Elettrocardiografo, spirometro, ecografo. Clinical skills: infiltrazioni articolari, piccola chirurgia, Pap test. Prende decisioni autonomamente su follow up, sceglie gli specialisti e valuta le consulenze.	Inizia la terapia per le patologie più frequenti. Ambulatorio con near patient testing. Elettrocardiografo, spirometro, ecografo. Clinical skills: infiltrazioni articolari, piccola chirurgia, Pap test. Prende decisioni autonomamente su follow up, sceglie gli specialisti e valuta le consulenze.	Università
	Ho eseguito un prelievo di sangue. Ho utilizzato un elettrocardiografo, uno spirometro. Ho visto eseguire una infiltrazione articolare e ho assistito alla piccola chirurgia ambulatoriale	Ho interpretato gli esami di laboratorio. Ho eseguito una infiltrazione articolare. Ho eseguito e interpretato un ECG. Ho eseguito e interpretato una spirometria. Ho eseguito un Pap test.	Studiante/ Neolaureato
Coordinazione	Lavora in collaborazione con personale di studio e specialisti esterni.	Lavora in collaborazione con personale di studio e specialisti esterni.	Università
	Ho partecipato a riunioni distrettuali. Ho scritto una lettera ad un collega. Ho visitato un paziente in ospedale e ho assistito alla discussione del caso con i colleghi.	Ho partecipato a riunioni distrettuali. Ho scritto una lettera ad un collega. Ho visitato un paziente in ospedale e ho discusso il caso con i colleghi.	Studiante/ Neolaureato
Orientamento alla comunità	Partecipa a campagne di screening e vaccinazione. Partecipa a ricerche epidemiologiche.	Partecipa a campagne di screening e vaccinazione. Partecipa a ricerche epidemiologiche.	Università
	Ho costruito e analizzato registri di popolazione.	Ho costruito e analizzato registri di popolazione.	Studiante/ Neolaureato

Bibliografia

- Maso G, Bisconcin M. What is family medicine. Principles and definition of the discipline. In: Bisconcin M, Maso G, Mathers N, eds. The European textbook of Family Medicine. Passoni Editore, Milano; 2006: 3-10.
- Maso G. Medicina di Famiglia: la disciplina negata. *M.D. Medicinae Doctor* 2000; 2:3.
- Maso G. L'Evidence Based Medicine e il ruolo della Medicina di Famiglia. *Management della Sanità*, 54-55, gennaio-febbraio 2006.
- Maso G. L'insegnamento universitario della Medicina di Famiglia. *Management della Sanità*, 54-57, maggio 2007.
- Maso G. La disciplina invisibile. Migliorare la Medicina di Famiglia per migliorare la salute di tutti. Passoni Editore, Milano; 2009.
- Maso G. La Medicina di Famiglia basata sulle evidenze. *M.D. Medicinae Doctor* 2004; 11: 10-12.
- Maso G. Medicina di Famiglia: la definizione europea. *M.D. Medicinae Doctor* 2002; 23: 3.
- Maso G. Obiettivo: migliorare l'insegnamento universitario della Medicina di Famiglia. *M.D. Medicinae Doctor* 2003; 14: 4-6.
- Maso G. Salvate il medico di base. *Il Sole 24 Ore Sanità*, 4-10 dicembre 2007.
- Maso G. Il Medico in Gabbia. I limiti alle cure primarie in Italia. Filippi Editore, Venezia; 2011.
- Framework for Continuing Educational Development of Trainers in General Practice/Family Medicine in Europe, Euract 2012.
- The General Practitioner in Europe: A statement by the Working Party appointed by the European Conference on the Teaching of General Practice, Leeuwenhorstr, Nederlands 1974.
- The end of our National Health Service. *The Lancet* 2011; 377: 353.
- Wonca Europe 2002. La definizione europea della Medicina Generale/Medicina di Famiglia.

Curando insieme si può curare meglio

Un'associazione complessa di medicina generale può essere un modello organizzativo capace di migliorare la gestione delle cronicità, e di intervenire in modo attivo su fattori di rischio modificabili con iniziative di educazione alla salute e attività di prevenzione

Vincenzo Creanza
Valentina Mongelli
Annalisa Creanza

Medici di medicina generale Centro Polifunzionale Territoriale Europa, Bari

Il Centro Polifunzionale Territoriale Europa (CPT) è una associazione di 10 medici di medicina generale di Bari che esplicano attività assistenziale in unica sede su un bacino di utenza che supera i 15.000 assistiti. Nel giugno 2011 ha sostenuto un'esperienza di prevenzione e di educazione sanitaria sulla valutazione del rischio cardiovascolare. Tale attività ha evidenziato quanto sia fondamentale il ruolo che il Mmg ha nell'individuare i pazienti a rischio cardiovascolare elevato per agire su quei fattori di rischio modificabili che non hanno ancora causato lo sviluppo di vera e propria patologia, ma sui quali è possibile intervenire con modifica dello stile di vita e non necessariamente con trattamenti farmacologici.

► Identikit del CPT

Il CPT è attivo dal gennaio 2010 ed è inserito in un edificio su due livelli denominato Casa della Salute, situato nel Quartiere San Paolo, rione popolare e periferico della città di Bari. Nella Casa della Salute sono presenti al piano terra su una superficie di circa 1.000 mq uffici e servizi amministrativi Asl rivolti all'utenza del territorio, il Consultorio familiare, Ambulatori specialistici. L'intero primo piano, che ha una superficie inferiore ai 500 mq, è occupato esclusivamente dai medici di medicina generale (Mmg) aggregati nel CPT che, attualmente, ha orario di apertura 8-20. Il CPT e i Servizi Asl svolgono le proprie attività in piena autonomia con possibilità di intera-

gire su casi specifici su problematiche particolari in modo occasionale. Le attività dei Mmg sono integrate con le attività di due ambulatori infermieristici e da un servizio di segreteria con presenza di almeno 3 operatori per turno (8-14; 14-20).

Le attività infermieristiche si esplicano sia nell'ambito della sede del CPT sia sul territorio con interventi al domicilio dei pazienti in équipe con i Mmg e specialisti Asl. Le ADI, che non richiedono interventi a domicilio di specialisti, sono completamente autogestite dalla struttura, previa autorizzazione della Asl. Gli infermieri rivestono inoltre il ruolo di *care manager* in sinergia con i singoli medici, intervenendo su patologie specifiche (sindrome metabolica, ipertensione, diabete mellito, condizioni ad elevato rischio cardiovascolare) utilizzando protocolli informatizzati e condivisi (come da *Progetto Nardino* della Regione Puglia).

Nella struttura è attivo da aprile 2012 un centro antitabacco, completamente gratuito, che ha visto la partecipazione sinora di oltre 80 fumatori e utilizza un metodo cognitivo comportamentale nell'ambito di gruppo di Autoaiuto.

► Un percorso di prevenzione

Nel giugno 2011 nel CPT abbiamo sostenuto un'esperienza di prevenzione e di educazione sanitaria sulla valutazione del Rischio cardiovascolare (RCV).

Nell'arco di una settimana di lavoro si è eseguita una accurata raccolta di dati anamnestici sullo stile di vita su ogni singolo assistito che dichiarava



la propria disponibilità a partecipare all'indagine associata al controllo del BMI, del girovita e della pressione arteriosa; inoltre l'esecuzione di alcuni semplici esami di laboratorio (glicemia, colesterolo totale e HDL), eseguiti in tempo reale, integravano la valutazione con immediata definizione del Rischio Cardiovascolare secondo le Carte Score e Core.

Su un campione casuale di 171 assistiti dal CPT, in un arco di soli cinque giorni, sono stati rilevati un'elevata incidenza di soggetti a rischio medio-alto stimato al 33% con la Carta Score e al 20% con la carta Core.

Le maggiori criticità sono state individuate nel sovrappeso, nella sedentarietà e nel riscontro di colesterolo totale elevato con bassi livelli di HDL.

Abbiamo definito che un Ambulatorio Dedicato al RCV quando integrato da valutazioni di laboratorio consente di valutare in tempo reale il calcolo del rischio cardiovascolare e di intervenire in modo deciso con un *counselling* complessivo mirato sullo stile di vita e alle terapie in corso.

Da questa indagine risulta quindi fondamentale nelle attività dell'Ambulatorio del medico di medicina generale il costante il controllo del peso corporeo e il calcolo del BMI meglio se integrato con valutazioni di laboratorio. Perché questo sia possibile, il Mmg deve riconoscere i propri assistiti a rischio e deve intervenire in modo incisivo.

L'indagine dimostrata coinvolgeva in modo casuale tutti gli assistiti che dichiaravano disponibilità a eseguire i controlli.

Venivano eseguiti esami di laboratorio (colesterolo totale e frazionato, glicemia), la misurazione del peso, dell'altezza, del giro vita, della pressione arteriosa con calcolo del BMI.

L'indagine coinvolgeva in prevalenza soggetti di sesso femminile

(61%) con incidenza maggiore di assistiti di età compresa tra i 51 e i 65 anni (49%), mentre le età superiori a 65 costituivano il 28% e i più giovani rappresentavano solo il 23% (figura 1).

Si eseguiva un'accurata anamnesi valutando in particolare la familiarità, l'abitudine tabagica, la pratica e l'intensità dell'attività fisica, le abitudini alimentari e le eventuali terapie in corso.

Particolare attenzione veniva dedicata alla raccolta di informazioni riguardanti le abitudini alimentari, al consumo giornaliero di: liquidi (acqua, bevande zuccherate, vino, birra e superalcolici), cereali, legumi, frutta e verdura, carne e pesce.

L'analisi dei dati ha evidenziato che la maggioranza dei soggetti valutati è di sesso femminile (61%), di età compresa tra i 50 e i 65 anni. Si è inoltre riscontrata una forte prevalenza di soggetti in sovrappeso o obesi pari al 73% (figura 2), con elevatissima incidenza di obesità viscerale (80%); il 19% è un fumatore e tra questi circa la metà dichiara di fumare più di 20 sigarette al giorno.

La maggior parte dei 171 assistiti valutati (75%) ha dichiarato inoltre

di non praticare nessuna attività fisica nemmeno saltuariamente.

Analizzando i dati relativi alla dieta il 67% ha dichiarato di consumare al giorno almeno un litro e mezzo d'acqua; il 70% di consumare da uno a tre porzioni di frutta o verdura al giorno; il 77.8% di consumare circa due volte alla settimana pesce; il 50% circa ha dichiarato di bere al massimo uno-due bicchieri di vino al giorno, così come la maggioranza ha dichiarato di bere raramente bevande zuccherate e dolci. Il 17% presentava pressione arteriosa elevata nel corso della valutazione, il 9% glicemia a digiuno superiore a 126, il 32% colesterolo totale superiore alla norma: di questi il 50% presentava un HDL basso (<40).

La stima del rischio cardiovascolare in questi assistiti è medio-alta nel 33%, utilizzando la carta Europa (figura 3) e nel 20% se si utilizza la carta Italia.

In un campione casuale quindi si è rilevato un sensibile numero di soggetti a rischio medio-alto su cui praticare un intervento integrato di *counselling*, per introdurre modifiche dello stile di vita, associato ad un eventuale aggiornamento delle terapie farmacolo-

Figura 1

Distribuzione dell'età (%)

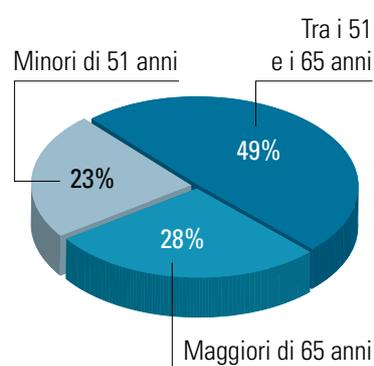


Figura 2

Distribuzione Body Mass Index (%)

Sovrappeso+obeso 73%

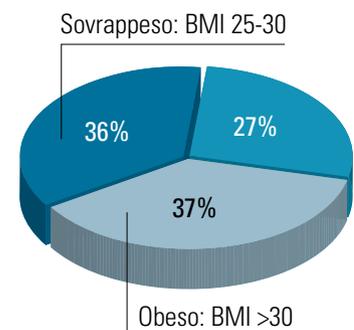
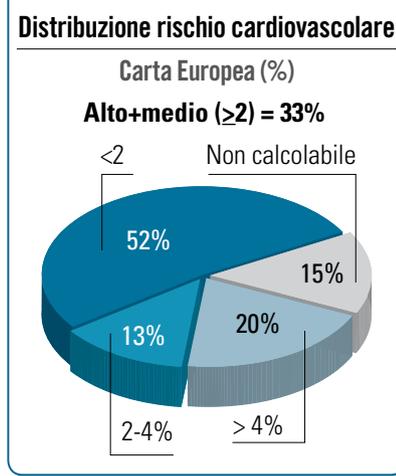


Figura 3



giche. Il comportamento alimentare del campione non sembrerebbe presentare particolari problemi, ma certamente esistono situazioni da definire nello specifico in relazione alla sedentarietà rilevata e al sovrappeso/obesità presenti con elevatissima prevalenza di obesità viscerale.

► Conclusione

Questa esperienza ha evidenziato quanto sia fondamentale il ruolo del Mmg nell'individuare i pazienti a rischio cardiovascolare elevato per agire su quei fattori di rischio modificabili che non hanno ancora causato lo sviluppo di vera e propria patologia, ma sui quali è possibile intervenire con modifica dello stile di vita e non necessariamente con trattamenti farmacologici.

Una volta accertata la presenza del rischio medio-elevato, occorre che il Mmg lo comunichi in modo chiaro al paziente concordando le strategie assistenziali da adottare e avviandolo al *care manager* per un monitoraggio attivo.

Il primo approccio è quello igienico-dietetico, intervenendo sullo stile di vita; certamente in questi soggetti i

risultati perseguibili modificando abitudini spesso consolidate possono essere maggiori di quelli ottenibili con l'assunzione di un farmaco. È importante quindi, attraverso un attento *counselling*, incoraggiare gli assistiti a limitare o ad abbandonare i comportamenti nocivi alla salute a favore di uno stile di vita sano e fornire loro il sostegno per consentire di mantenere queste modificazioni nel tempo.

È importante ricordare che l'effetto del cambiamento delle abitudini alimentari sul rischio cardiovascolare è significativo quando l'indicazione a cambiare stile di vita è duratura (si ottengono risultati solo se l'impegno viene sostenuto per almeno 2 anni). Va stimolata inoltre l'attività fisica. I benefici del praticarla in modo regolare sono tanti: riduzione del sovrappeso, della pressione arteriosa, della colesterolemia totale, aumento HDL; inoltre, fa diminuire la voglia di fumare, limita la costipazione, è un ottimo antistress.

Vanno assolutamente privilegiate le attività aerobiche anche considerando che la tonificazione muscolare e le mobilizzazioni articolari hanno significato terapeutico complessivo riducendo anche gli accessi ai sovraccaricati Centri di Fisioterapia. Nel 2012 è stata attivata una convenzione a costi sociali con una palestra nell'ambito dello stesso complesso in cui è ubicata la sede del CPT gestito da personale specificamente preparato per favorire l'attività fisica e la mobilizzazione articolare degli assistiti del nostro Centro, previa accurata valutazione del medico di riferimento che certifica l'idoneità a svolgere le attività guidate.

Per quanto concerne il fumo, il semplice suggerimento del medico, espresso anche una sola volta

durante una visita di routine, motiva il 2% dei fumatori a smettere e ad astenersi dal fumo per almeno un anno. Se il counselling sull'adozione di corretti stili di vita non funziona, si può passare alla terapia farmacologica. Può essere utile l'integrazione con un centro antitabacco, attivo presso la nostra struttura.

Recentemente è stata avviata l'attività di *care manager* da parte del servizio infermieristico che sviluppa incontri specifici individuali di monitoraggio e di educazione alla salute allo scopo di privilegiare uno stile di vita sano indirizzato ad una corretta alimentazione, incremento della attività fisica ed eliminazione del fumo associato al controllo della corretta assunzione delle terapie farmacologiche.

La disponibilità degli esami consente l'immediato calcolo del Rischio CV con riscontro per consigli terapeutici comportamentali e farmacologici.

Questo modello organizzativo consente non solo di migliorare la gestione delle cronicità, sempre più demandata alla medicina territoriale, ma, in base alla nostra esperienza, leggendo la prevalenza delle problematiche di salute della nostra utenza, di intervenire in modo attivo con iniziative di educazione alla salute e attività di prevenzione inseriti in campagne di diagnosi precoce.

I medici di medicina generale che costituiscono il CPT e che hanno realizzato questa esperienza sono:
Giancarlo Amendoni,
Maria Mattea Baldassarre,
Vincenzo Creanza, Michele De Nicolò,
Vito Lisco, Giuseppe Macchione,
Savino Marroccoli,
Caterina Montereale,
Francesco Savino, Nicola Stucci;
ha inoltre collaborato allo sviluppo della esperienza Cardiolab il dott. Francesco Feraco.
 Sito Internet: <http://cpteuropa.blogspot.it>

I medici di famiglia sono chiamati a calmierare le liste d'attesa

Dal 2 maggio i medici di medicina generale di Arezzo e Provincia quando prescrivono TAC e RMN dovranno indicare sulla ricetta i tempi di accesso alla prestazione attraverso quattro codici di priorità

I Mmg di Arezzo e Provincia sono chiamati a "calmierare" le prenotazioni di prestazioni radiologiche quali TAC e RMN. Dal 2 maggio dovranno indicare sulla ricetta la classe di priorità, stabilendo così la reale priorità di accesso, con tempi di attesa rapportati alla diagnosi. Le classi di priorità previste sono quattro:

- **U** (esame urgente da eseguire entro 72 ore);
- **B** (breve, esame da eseguire entro 10 giorni);
- **D** (differibile, esame da eseguire entro 60 giorni);
- **P** (programmabile e quindi senza vincoli di tempo).

"Negli ultimi anni - fanno sapere dalla Asl - c'è stata una crescita smisurata delle richieste per questi esami. Così è ovunque in Toscana e in Italia, ma la nostra Asl registra un dato ancora più negativo. Basta pensare che, per la RMN, a fronte di una media nazionale di 71 esami ogni mille abitanti (71.3 la media regionale), nella nostra Provincia si registra una media di 83.1 esami ogni mille abitanti. Da qui, nasce la necessità di mettere ordine ad un settore che, nella nostra Asl fa registrare oltre 70.000 prestazioni annue (nel 2012 eseguite 28.800 RMN e 42.678 TAC)". La Asl 8 di Arezzo è

convinta che questa scelta garantirà tempi di attesa adeguati ad ogni specifica patologia, ma tiene a informare i cittadini che specialmente per le RMN 'urgenti o brevi': "la sede dove eseguirla potrebbe essere diversa da quella più vicina alla nostra residenza". "In questo caso - sottolinea la Asl - sarà il cittadino a decidere se accettare l'offerta o se rinunciarvi, preferendo una attesa maggiore nella sede preferita".

► Le insidie "prescrittive"

I medici di medicina generale dovranno però fare molta attenzione nel compilare la ricetta. Se non indicano nella prescrizione la tipologia di accesso: *primo contatto o contatto successivo/controllo*, la prestazione sarà prenotata come 'controllo'. Per i 'controlli', va detto che di norma questi sono programmabili e quindi non rientrano nelle classi di priorità. A meno che il medico prescrittore non riscontri con la sua diagnosi clinica un aggravamento tale, da giustificare l'inserimento nel percorso prioritario. Per i Mmg quindi si profila un percorso insidioso, un'ulteriore responsabilità in un campo minato come quello delle infinite liste d'attesa. Esaustivo in tal senso è l'arti-

colo della *Nazione* che in merito a quanto stabilito dalla Asl, ha titolato: "Liste d'attesa, 'il cerino' ai medici di base".

► Era già tutto previsto

Questo provvedimento è stato annunciato come una "rivoluzione", ma, parafrasando una vecchia canzone, potremmo dire che era già tutto previsto. Per rendersene conto basta sfogliare l'Accordo integrativo regionale del 2012 e precisamente l'allegato 3: "Appropriatezza prescrittiva specialistica e contenimento dei tempi di attesa" per leggere che: "I Mmg assicurano la propria collaborazione all'attuazione delle azioni utili alla riduzione dei tempi di attesa nella erogazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, in merito a quanto previsto dalla DGR 493/2011 - in applicazione del Piano Nazionale per il governo dei tempi di attesa. Tutti i medici prescrittori - Mmg, specialisti, dipendenti e convenzionati, compresi i medici del DEA - devono prescrivere, specificando il quesito diagnostico ed il codice di priorità clinica corrispondente, in base ai criteri concordati a livello regionale con le OO.SS. di categoria sulla base delle raccomandazioni fornite dalle linee guida in materia".

Progetto educativo sui corretti stili di vita

Indirizzare i cittadini verso l'adozione di stili di vita salutari per perseguire il benessere è l'obiettivo dell'iniziativa "Visitiamo la tua città" promossa dalla Simg

Testimoniare il cambiamento della medicina generale, con la consapevolezza che l'agire del medico non sia solo curare le malattie e gestire le cronicità, ma svolgere la professione in un'ottica anticipatoria per tutelare la salute dei cittadini con la medicina preventiva e di opportunità.

È su queste basi che si è sviluppata l'iniziativa "Visitiamo la tua città" (www.visitiamolatuacitta.it): un progetto educativo promosso dalla Simg, realizzato con il contributo incondizionato di DOC Generici. In un tour itinerante in 20 città i Mmg, per una giornata, sono a disposizione dei cittadini per promuovere uno stile di vita attivo e sano. Particolare attenzione è rivolta al monitoraggio dei fattori di rischio cardiovascolare.

"La longevità in buona salute è l'obiettivo futuro - tiene a precisare il Presidente Simg, **Claudio Cricelli** - ma questo stato si raggiunge solo con la prevenzione, 'curando' la salute sin dai primi anni di vita. Con le risorse a disposizione sempre più contenute questa è l'unica possibilità che si ha per continuare a fornire una buona assistenza sanitaria. Se questo teorema non si perfeziona, il nostro Ssn non sarà più sostenibile. La nostra scommessa vuole stimolare anche l'interesse dei responsabili dell'organizzazione sanitaria: abbiamo perso trop-

po tempo. Se questo approccio fosse stato approntato tempo fa, oggi saremmo già in grado di valutarne anche i risultati".

Secondo **Luigi Canciani**, Responsabile Area Prevenzione Simg, l'azione dei Mmg è concentrata su due pilastri, da un lato il governo delle cronicità e dall'altro la promozione della salute. "Il Mmg ha la possibilità - sottolinea Canciani - di intercettare tutti i cittadini, anche quelli in buona salute. È un'occasione preziosa per indirizzarli a scegliere stili di vita salutari per perseguire il benessere attraverso atti semplici: alimentazione corretta, attività fisica, eliminazione di fumo e alcol. Per attuare ciò dobbiamo cambiare il modo di svolgere la nostra professione, passando dalla medicina d'attesa alla medicina d'iniziativa, intercettando i cittadini anche con stili di comunicazione nuovi".

Con questo obiettivo, la Simg ha coinvolto nella campagna anche le nuove generazioni, tra cui **Alberto Magni**, rappresentante nazionale Giovani Medici: "Nel corso della campagna, il metodo di comunicazione che adotteremo sarà quello del colloquio motivazionale breve, in un processo di *counselling*. Ribadiremo che il ruolo del Mmg del futuro sarà anche quello di prescrittore di stili di vita salutari".

Ma dove risiede il collegamento tra prevenzione e farmaco generi-

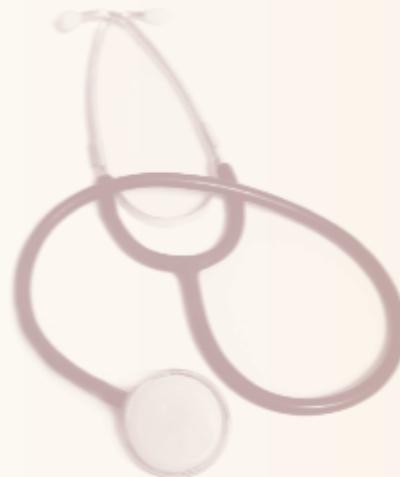
co? Alla domanda risponde **Gualtiero Pasquarelli**, Amministratore Delegato di DOC Generici. "Sosteniamo questa iniziativa volta alla prevenzione perché l'obiettivo è identico: non dimentichiamo che le risorse a disposizione del Ssn destinate alla spesa farmaceutica territoriale continuano a diminuire. Rispetto allo scorso anno, nel 2013 la copertura per la spesa farmaceutica è stata ulteriormente ridotta di 2 mld di euro. Il rischio che in Italia non vi sia più disponibilità di risorse per i farmaci innovativi destinati alla cura di patologie importanti è elevato, e parliamo di farmaci che in altri Paesi europei sono già a disposizione da tempo. Dunque tutti gli attori sono coinvolti: da un lato la prevenzione dall'altro l'opportunità offerta dal farmaco generico che, oltre a permettere l'accesso alle cure a un maggior numero di pazienti è uno strumento concreto di risparmio, a favore sia della sostenibilità del Ssn sia come contributo all'innovazione terapeutica e dunque all'accesso alla salute per tutti".

www.qr-link.it/video/0513



 Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

AGGIORNAMENTI di clinica e terapia



■ **CARDIOLOGIA**

*Nuove strategie preventive
nella sindrome coronarica acuta*

■ **ENDOCRINOLOGIA**

Ipotiroidismo, la fretta è nemica dell'efficacia della terapia

■ **FARMACI**

*Statine: intolleranza ed eventi avversi
possono essere superati*

■ **NEUROLOGIA**

*Studio clinico italiano con staminali
nel parkinsonismo grave*

■ **ONCOLOGIA**

Una terapia innovativa per il tumore della prostata

■ **TECNOLOGIA**

Una App sviluppata per i portatori di pacemaker



■ CARDIOLOGIA

Nuove strategie preventive nella sindrome coronarica acuta

La sindrome coronarica acuta (SCA) è la manifestazione clinica più grave della malattia aterosclerotica delle coronarie. La definizione riunisce le diverse manifestazioni cliniche della coronaropatia: infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (STEMI = ST elevation myocardial infarction), infarto miocardico acuto senza sopraslivellamento del tratto ST (NSTEMI = Non-ST elevation myocardial infarction) e angina pectoris.

Il tasso di recidive nelle sindromi coronariche acute è decisamente elevato e questo pone l'accento sull'importanza di una prevenzione efficace. I pazienti che sopravvivono a un primo evento sono a rischio di un secondo evento e hanno una più elevata percentuale di mortalità: il 30% dei pazienti che vengono dimessi dopo una SCA sono ri-ospedalizzati entro 6 mesi (*Am J Manag Care* 206; 12 (suppl.16): S430-S434).

Il principale obiettivo del trattamento è la prevenzione della morte, dell'ictus o dell'infarto miocardico ricorrente evitando la formazione di coaguli. Per oltre un decennio i pazienti con SCA sono stati trattati in modo effica-

ce con acido acetilsalicilico a basse dosi, somministrato in combinazione con tienopiridina, allo scopo di ridurre il rischio di eventi cardiovascolari ricorrenti. Tuttavia questo tipo di approccio è indirizzato a una sola delle cause di complicanze, lasciando il paziente esposto al rischio di ulteriori eventi cardiovascolari maggiori dopo la dimissione.

Poiché i livelli di trombina non vengono influenzati dalla terapia antiaggregante e rimangono elevati a lungo dopo la fase acuta, una prevenzione secondaria davvero efficace dovrebbe includere anche questo meccanismo patogenetico. Così al trattamento antiaggregante si sovrappone una terapia anticoagulante, che le ultime linee guida ESC raccomandano nei pazienti con infarto STEMI che hanno un basso rischio di sanguinamento e ricevono la duplice terapia acido acetilsalicilico e clopidogrel (*N Engl J Med* 2012; 366: 9-19).

In particolare, la raccomandazione riguarda l'impiego di rivaroxaban, un anticoagulante orale in monosomministrazione giornaliera che agisce come inibitore diretto specifico e reversibile del fattore Xa e

che, a differenza degli altri anticoagulanti, non richiede il monitoraggio della coagulazione.

Nella prevenzione secondaria della sindrome coronarica acuta rivaroxaban ha fornito risultati di grande interesse. Dallo studio di fase III ATLAS ACS2-TIMI51 è emerso che 2.5 mg di rivaroxaban, somministrato due volte al giorno in aggiunta alla terapia standard (acido acetilsalicilico a basse dosi con o senza una tienopiridina) ha significativamente ridotto l'endpoint primario di efficacia composito di morte cardiovascolare, infarto miocardico, ictus in pazienti con sindrome coronarica acuta recente rispetto ai pazienti trattati con la sola terapia antiplastrinica standard (*N Engl J Med* 2012; 366: 9-19). Rivaroxaban, sempre alla medesima posologia, ha ridotto in modo significativo sia la percentuale di morti cardiovascolari (2.7% vs. 4.1%, $p=0.002$) sia l'incidenza di mortalità per tutte le cause (2.9% vs. 4.5%, $P=0.002$).

Le percentuali di eventi di sanguinamento maggiori da TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction) non associati a impianto di bypass aorto-coronario (CABG) sono risultate complessivamente basse, ma rivaroxaban è risultato associato a percentuali più elevate di questi sanguinamenti rispetto alla sola terapia standard. È importante notare che queste differenze non sono risultate associate ad un aumento del rischio di sanguinamento fatale o di emorragia intracranica fatale.

■ ENDOCRINOLOGIA

Ipotiroidismo, la fretta è nemica dell'efficacia della terapia

Una recente indagine Doxa rivela che 2 pazienti su 3 ammettono di non rispettare le indicazioni di cura del proprio medico. Tale cattiva abitudine trova riscontro nelle dichiarazioni degli stessi medici che ritengono che 1 paziente su 2 abbia scarsa adesione alla terapia con levotiroxina, il farmaco di riferimento per la cura dell'ipotiroidismo. E questo nonostante il vissuto della malattia da parte del paziente indichi chiaramente che l'ipotiroidismo produce un impatto importante sulla qualità della vita. Il 37% delle persone che soffre di ipotiroidismo dichiara infatti di sentirsi "diverso" da quando ha questo problema e il 31% è preoccupato per la "dipendenza a vita" da un farmaco.

La levotiroxina (L-T4) in monoterapia rappresenta il trattamento di scelta nei pazienti ipotiroidici che, grazie alla sua lunga emivita, assumono una singola dose giornaliera, la cui quantità deve però essere calibrata attentamente persona per persona. Purtroppo, in alcuni pazienti, anche dopo ripetuti aggiustamenti, non si riesce a ottenere il risultato desiderato. Possibili cause sono il ridotto o variabile assorbimento della LT4 causato da farma-

ci, alimenti o patologie gastroenteriche che provocano malassorbimento. Affinché la levotiroxina sia pienamente efficiente, si raccomanda di prenderla la mattina, a digiuno, e di attendere almeno 30 minuti prima di fare colazione. L'indagine Doxa rivela invece che il 66% dei pazienti fa colazione prima dei 30 minuti raccomandati. Ed ecco allora che la fretta peculiare delle prime ore della mattina diventa una nemica dell'efficacia della terapia. In questi casi, approcci utili sono la modifica del momento di assunzione oppure il cambiamento della formulazione della levotiroxina, che in fase liquida può essere assorbita più rapidamente e costantemente di quella solida.

"L'assorbimento dei farmaci, e quindi la loro efficacia terapeutica - chiarisce **Antonio Gasbarrini**, Professore Ordinario di Gastroenterologia, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma - può essere modificata da diverse condizioni, patologiche e non patologiche. Tra le condizioni patologiche, vi sono malattie alteranti la secrezione gastrica quali una gastrite atrofica su base autoimmune oppure correlata ad *H. pylori*, oppure patologie del tratto intestinale, quali morbo celiaco,

malattia di Chron, colite ulcerosa, o parassitosi. Tra le condizioni non patologiche, vi sono l'utilizzo di farmaci IPP, ipolipemizzanti, sequestratori degli acidi biliari, estrogeni, ecc., o condizioni come la gravidanza, l'aumento di peso, la correlazione con i pasti, e, non ultima, la formulazione farmaceutica".

Le formulazioni solide (come le compresse), per essere assorbite devono prima essere disgregate e poi entrare in soluzione (fase di dissoluzione del farmaco). Di conseguenza, le formulazioni solide avranno una velocità di assorbimento minore rispetto a quelle liquide. Come è noto, pazienti con diminuita secrezione acida gastrica necessitano di dosi più elevate di levotiroxina. Tale fenomeno potrebbe dipendere dalla riduzione della dissoluzione delle compresse nello stomaco in caso di aumento del pH gastrico. "Pertanto, la somministrazione di levotiroxina in soluzione orale liquida determinerebbe un assorbimento migliore rispetto a quello osservabile con le formulazioni solide in tutti i pazienti con problematica gastroenterologiche ed anche nei soggetti pediatrici, diabetici, anziani" conclude Gasbarrini.

www.qr-link.it/video/0513



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code



■ FARMACI

Statine: intolleranza ed eventi avversi possono essere superati

Gli effetti collaterali tipici delle statine non rappresentano un ostacolo insormontabile all'aderenza terapeutica. La maggior parte dei pazienti che interrompono la cura a causa di eventi avversi (come nausea, dolore muscolare e disfunzione epatica) è in grado di tollerarli una volta ripresa la terapia. Lo dimostra uno studio del Brigham and Women's Hospital di Boston pubblicato sulla rivista *Annals of Internal Medicine* (Zhang H. et al. *Discontinuation of Statins in Routine Care Settings: A Cohort Study. Ann Intern Med* 2013; 158(7): 526-534). I ricercatori hanno analizzato le cartelle cliniche di quasi 108.000 pazienti a cui erano state prescritte le statine tra il 2000 e il 2008. Dai dati è emerso che nel 20% dei pazienti si erano manifestati sintomi correlati all'assunzione del farmaco, determinando la sospensione (almeno temporanea) della terapia in un caso su due. A seguito dell'interruzione, oltre il 50% dei pazienti aveva ripreso ad assumere statine (non necessariamente la stessa della volta precedente), e di questi ben il 90% è riuscito a continuare la terapia senza problemi. Questi risultati, commentano gli autori dello studio, vanno

interpretati in una chiave ottimistica. Infatti, significa che potenzialmente ci sono milioni di pazienti che possono prendere ancora le statine riducendo così il loro rischio cardiovascolare. Gli effetti avversi potrebbero essere infatti causati da un tipo particolare di statina, e non da tutte le statine in generale: prima di rinunciare alla terapia, è quindi opportuno ritentare usando una molecola o un dosaggio differenti.

► Una risorsa preziosa

Le statine sono forse tra i farmaci con il più elevato numero di prescrizioni al mondo: le raccomandazioni scientifiche virtualmente ne incoraggiano l'impiego in prevenzione secondaria e ne suggeriscono l'uso anche in prevenzione primaria. Si tratta di farmaci che dovrebbero essere assunti per tutta la vita perché possano definire una dimensione di reale efficacia alla prevenzione della malattia cardiovascolare aterosclerotica.

► Il vissuto del paziente

In realtà, nel vissuto dei pazienti molti sono i fattori che giocano a sfavore, soprattutto se riferiti alla

prevenzione primaria (è evidente che i soggetti che hanno già subito un evento sono più motivati a proseguire con una terapia ipolipemizzante). Relativamente agli effetti collaterali molti pazienti tendono ad attribuire alla statina molti eventi che in realtà potrebbero dipendere da cause estranee. I pazienti sanno, per esempio, che le statine possono provocare dolore muscolare e la tendenza naturale è quella di riportare qualunque tipo di dolore all'uso del farmaco. E, per quanti siano gli sforzi del medico, non sempre è possibile riuscire a comunicare con il paziente e convincerlo che il vero problema non è la statina.

Un altro fenomeno che è possibile osservare è quello in cui, nonostante l'oggettiva presenza di una sintomatologia di dolore muscolare che deriva realmente dalla statina, i pazienti continuano ad assumere il farmaco. In questo caso però non è raro che si autoprescrivano una riduzione della posologia nella convinzione che una dose subterapeutica sia comunque efficace nel normalizzare i livelli di lipidi e che, nel contempo, risolva il problema degli effetti indesiderati. E in genere ciò avviene ad insaputa del medico.

Alla luce di ciò i risultati dello studio appaiono decisamente incoraggianti perché confermano che con le opportune strategie e un buon livello di comunicazione tra medico e paziente è possibile migliorarne compliance e persistenza in trattamento.

■ NEUROLOGIA

Studio clinico italiano con staminali nel parkinsonismo grave

Grazie a un continuo miglioramento dei trattamenti la malattia di Parkinson è controllabile con cure efficaci per 5-10 anni dal suo esordio. Tuttavia, per alcune forme di parkinsonismo particolarmente gravi non esiste alternativa terapeutica, ma oggi si profilano nuove soluzioni legate all'utilizzo delle cellule staminali.

“Negli ultimi anni sono crollati dei miti: le conoscenze neurobiologiche oggi sono avanzate - afferma **Gian-ni Pezzoli**, Direttore del Centro Parkinson di Milano, Presidente dell'Associazione Italiana Parkinsoniani e Presidente della Fondazione Grigioni per il Morbo di Parkinson. È ormai caduto il dogma secondo cui le cellule cerebrali non sarebbero sostituibili, ma verrebbero ereditate alla nascita e perse progressivamente nel corso della vita. Da alcuni anni sappiamo che anche a livello cerebrale sono presenti delle staminali che si evolvono e sono parzialmente in grado di sostituire le cellule cerebrali laddove necessario”.

Le staminali sono cellule primitive non specializzate, che si sono dimostrate in grado di differenziarsi per andare a rigenerare diversi tessuti del corpo, comprese le cellule nervose danneggiate.

Su queste basi è proprio nel nostro Paese (Centro Parkinson degli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano) che è partita la prima sperimentazione clinica che prevede l'impiego di cellule staminali mesenchimali autologhe per il trattamento della paralisi sopranucleare progressiva (PSP), una forma di parkinsonismo particolarmente aggressiva, non responder alla terapia farmacologica. Lo studio potrebbe aprire nuove prospettive per il trattamento delle malattie neurodegenerative, tra cui la malattia di Parkinson.

► Sperimentazione clinica

Questo studio clinico - spiega la dott.ssa **Margherita Canesi** - neurologa di riferimento del Centro Parkinson degli ICP di Milano, prevede l'utilizzo di cellule staminali mesenchimali autologhe (prelevate direttamente dal midollo osseo del paziente stesso), trattate in modo che possano moltiplicarsi, che vengono re-immesse nell'organismo tramite un catetere introdotto nell'arteria femorale e spinto fino alle arterie che portano il sangue al cervello. La speranza è che la loro introduzione in prossimità delle aree malate possa prolungare la

sopravvivenza dei neuroni che vengono colpiti dalla malattia, rallentandone il decorso e riducendo i sintomi. La sperimentazione, che ha ricevuto l'autorizzazione dell'Istituto Superiore di Sanità ed è supportata dalla Fondazione Grigioni, ha preso il via con una prima fase che prevede il coinvolgimento di cinque pazienti, trattati e monitorati nel tempo per valutare eventuali effetti collaterali e assicurare la sicurezza della tecnica. Seguirà a breve una seconda fase in doppio cieco, in cui saranno reclutati venti pazienti che verranno suddivisi in due gruppi e alternativamente trattati per sei mesi con le staminali e altri sei mesi con placebo.

Oltre alle indagini strumentali (RM, PET, scintigrafia) la valutazione del paziente prevede un'analisi clinica (test neuro-psicologici per l'esame delle funzioni cognitive). Inoltre, i soggetti arruolati saranno valutati con analisi multifattoriale del movimento prima e dopo il trattamento (a 1, 6, 12 mesi), cioè uno studio che comprende e integra dati di biomeccanica ed elettromiografia per descrivere in modo quantitativo e qualitativo se, e per quali parametri del movimento, vi è stato un beneficio.

www.qr-link.it/video/0513



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

■ ONCOLOGIA

Una terapia innovativa per il tumore della prostata

L' algoritmo di trattamento di questo tipo di tumore prevede, nelle prime fasi della patologia (che possono durare dai due ai 10 anni), un approccio chirurgico - la rimozione della prostata - la radioterapia e, dal punto di vista farmacologico, l'ormonoterapia classica, finalizzata a ridurre i livelli di testosterone. Poiché gli androgeni svolgono un ruolo essenziale nello sviluppo e nella crescita del cancro della prostata, la terapia ormonale classica è inizialmente molto efficace perché riduce i livelli di testosterone circolante. In seguito però le cellule tumorali ricominciano a crescere e ciò avviene perché le cellule malate si adattano e reagiscono anche a minime quantità di testosterone in circolo per proseguire nella proliferazione (*Adv Urol*, 2012; 2012: 978531. doi: 10.1155/2012/978531). Nelle fasi più avanzate della patologia, infatti, si passa alla chemioterapia perché il tumore è considerato "resistente" alla terapia ormonale classica.

Il fenomeno si spiega con un ulteriore adattamento delle cellule del carcinoma prostatico in fase avanzata, che diventano in grado di sintetizzare autonomamente il testosterone a partire dal colesterolo, provvedendo autonomamente ad alimentare la propria crescita e lo sviluppo della massa tumorale (*J Clin Oncol*, 2010; 28: 1106-11. doi:

10.1200/JCO.2009.25.8475).

Da oggi c'è un'opzione terapeutica innovativa per i pazienti con tumore prostatico in fase avanzata metastatica. È abiraterone acetato, molecola che si è dimostrata capace di prolungare la vita di questi pazienti, nonché di migliorare la qualità di vita. Capostipite di una nuova classe di farmaci, abiraterone rappresenta una importante innovazione nella gestione del tumore in fase avanzata. È infatti il primo farmaco non chemioterapico con azione mirata, in grado di agire direttamente sul processo di autoalimentazione del tumore.

"Abiraterone - ha spiegato il professor **Giario Conti**, primario di Urologia all'Ospedale S. Anna di Como e presidente della Società Italiana di Urologia Oncologica (SIUro) - è un potente inibitore dell'enzima CYP17 (elemento chiave nella sintesi di androgeni) e quindi un farmaco in grado di inibire profondamente la produzione di testosterone e androgeni agendo a livello del surrene, del testicolo e, soprattutto, del microambiente tumorale".

Su abiraterone è stato condotto il più grande studio di fase III sul carcinoma della prostata: sono stati arruolati 1195 pazienti con carcinoma prostatico avanzato in fase di progressione documentata, già trattati con chemioterapico (docetaxel) e sottoposti a terapia

ormonale classica. I dati hanno dimostrato che il trattamento con abiraterone acetato ha prodotto una riduzione di più del 25% del rischio di morte rispetto ai pazienti del gruppo di controllo. Il vantaggio di sopravvivenza tra abiraterone e controllo è stato del 40%, con una mediana di sopravvivenza globale rispettivamente di 15.8 mesi nel gruppo con abiraterone e 11.2 mesi in quello controllo (*N Engl J Med*, 2011; 364: 1995-2005; *Lancet Oncol*, 2012; 13: 983-92).

"Abiraterone - ha concluso **Sergio Bracarda**, Direttore dell'Unità di Oncologia Medica, Ospedale S. Donato di Arezzo - rappresenta un avanzamento molto importante nella terapia dei pazienti con carcinoma metastatico alla prostata. Ha dimostrato un vantaggio importante nell'incremento di sopravvivenza, possedendo nel contempo un ottimo profilo di tollerabilità. Incremento di sopravvivenza e tollerabilità rendono abiraterone un farmaco più facilmente applicabile, rispetto a terapie più aggressive, per i pazienti con carcinoma metastatico alla prostata. La tollerabilità rimane un fattore assolutamente prioritario in quanto si riferisce a una popolazione spesso fragile per età avanzata o per presenza di patologie concomitanti, a livello cardiaco, renale o epatico".

www.qr-link.it/video/0513



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

TECNOLOGIA

Una App sviluppata per i portatori di pacemaker

■ **Giulio Molon**

*Direttore Dipartimento di Cardioritmo e Cardiologia
Ospedale S. Cuore, Negrar (VR)*

Ideata, sviluppata e realizzata dalla collaborazione di un medico con un ingegnere questa App per iPhone è indirizzata a pazienti portatori di pacemaker e defibrillatori impiantabili. La App si chiama MyPacemaker ed è pensata per una migliore gestione del paziente portatore di *device*.

L'idea dell'App nasce dal fatto che il paziente portatore di pacemaker o defibrillatore deve avere sempre con sé il tesserino, fornitogli dall'ospedale in cui ha effettuato l'impianto, su cui sono riportati i dati identificativi del suo dispositivo assieme ai suoi dati anagrafici. Questo tesserino deve essere portato sempre appresso dal paziente, perchè deve essere esibito sia ai normali controlli di follow-up, ma anche e soprattutto in caso di malessere, accesso al pronto soccorso o ricovero urgente. In realtà moltissime volte il paziente lo dimentica a casa oppure, essendo il tesserino di cartoncino e conservato a lungo in tasca o in borsetta, ne presenta uno usurato dal tempo e

illeggibile. Il telefono invece non si dimentica mai. E sul telefono, con questa App, c'è la possibilità di archiviare tutti i dati che servono. Inoltre è possibile inserire anche la terapia che assume, che talora il paziente non ricorda se non in modo molto vago (rammenta solo di assumere pastiglie di vario tipo e colore senza essere in grado di fornire ulteriori precisazioni al riguardo), ed il nominativo di una persona (moglie, marito, figlio) da chiamare in caso di bisogno, il proprio cardiologo e l'ospedale di riferimento. Riporta anche una serie importante di informazioni che possono essere utili ai pazienti in casi particolari, sia in occasioni di vita quotidiana sia in caso di difficoltà, con suggerimenti molto specifici e che possono dare maggiore sicurezza al paziente. Tutte queste informazioni attualmente costringono il paziente nel dubbio, non trovano risposta nel medico di base che spesso non è in grado di rispondere ai quesiti dei pazienti; oppure trovano risposta dopo telefonate in ospedale per chiarimenti

oppure nel fai-da-te con uso di internet o altre fonti non sempre attendibilissime.

L'App riporta la mappa degli ospedali italiani; è una caratteristica interessante di questa App perchè il paziente potrebbe trovarsi nella necessità di dover effettuare un controllo anche lontano dal proprio centro di riferimento. Diventa utile per le occasioni in cui si è lontani da casa per lavoro o turismo.

La App rivela la sua utilità anche in caso di pazienti anziani e non dotati di cellulari di ultima generazione. In questo caso, proprio perchè molto anziani, questi pazienti sono in genere seguiti ed assistiti dai loro figli/e o parenti che li accompagnano in occasione dei controlli. La App è quindi utile anche a loro, perchè permette ai parenti di raccogliere e portare con sé tutte le informazioni che vengono chieste dai medici in occasione dei periodici controlli clinico/strumentali o durante i ricoveri ospedalieri.



Quando il dolore pelvico da sintomo diventa malattia

La sindrome da dolore pelvico cronico è una patologia che interessa uomini e donne con un rapporto di 1:3. Il tempo medio per porre una diagnosi corretta è di circa 4 anni e vengono consultati in media 8 specialisti. Diagnosticare correttamente questa sindrome può essere estremamente difficile soprattutto perchè può essere causata da un elevato numero di disturbi di diversa origine, ginecologici, riproduttivi, gastrointestinali, urinari, muscolo-scheletrici

Francesco Cappellano
Ambulatorio del Dolore Pelvico
CDI, Milano

Il dolore pelvico cronico (CPP) rappresenta un'entità nosologica sottostimata e di fondamentale importanza socio-sanitaria. Infatti, circa il 30% delle donne lamenta durante la propria vita una qualche forma di dolore e almeno il 10-12% soffrono di dolore pelvico cronico in maniera insopportabile e con ricadute importanti in termini di qualità della vita e salute mentale. Il 17% dei soggetti affetti da CPP lamenta almeno un sintomo depressivo e il 4% sviluppa una vera e propria sindrome depressiva maggiore.

La prevalenza del CPP è maggiore nel sesso femminile, anche se può interessare parimenti il sesso maschile (ratio 3:1), con molteplici modalità di presentazione.

Parte delle patologie alla base del CPP vengono identificate e trattate (endometriosi, prostatiti, patologie ano-rettali organiche e disfunzionali) ma molte altre sfuggono a una chiara identificazione e conducono i pazienti a lunghi e penosi iter diagnostico-terapeutici. Patologie come la neuropatia del nervo pudendo, la vulvodinia superficiale e profonda, le sindromi da defecazione ostruita, la cistite interstiziale sono alla base di un CPP ma, spesso, vengono misconosciute.

In media un paziente affetto da CPP da neuropatia del nervo pudendo ottiene una diagnosi corretta dopo circa 4 anni dall'esordio dei sintomi e dopo avere consulta-

to in media 10-12 specialisti. Nasce quindi l'esigenza sanitaria, sociale e culturale di istituire dei Centri Specializzati per la diagnosi e la terapia del CPP da neuropatia del pudendo con competenze multispecialistiche integrate. Infatti, è impensabile oggi poter curare questa tipologia di pazienti senza ricorrere a competenze specialistiche in diversi settori, tutti collegabili al comune denominatore del dolore pelvico cronico. Ognuno degli specialisti (neurologo, uroginecologo, neurofisiologo, coloproctologo, fisiatra, psicologo, fisioterapista) riveste un ruolo di fondamentale importanza sia diagnostica sia terapeutica, con il requisito fondamentale di operare tutti nella medesima struttura ed in stretta collaborazione. Questo al fine di ottimizzare i risultati e i tempi, nell'interesse del paziente, non più costretto a peregrinare da uno specialista all'altro, in strutture divise, con notevole dispendio di tempo e con costi non indifferenti.

La sindrome da dolore pelvico cronico non organo-correlata risulta quindi essere un'entità nosologica di sempre maggiore interesse, alla luce non solo della multifattorialità ma anche per la carenza di figure professionali di riferimento con una reale esperienza in questo campo. Tutte le CPP hanno però un comune denominatore, in quanto la maggior parte dei sintomi riferiti sono localizzati nei territori somato-vi-

scerali innervati dal nervo pudendo. Già nel 1987 Amarenco identificò una patologia da intrappolamento del pudendo come una possibile causa di dolore pelvi-perineale cronico, denominandola "sindrome del ciclista", spiegando la causa del dolore con uno schiacciamento e successivo intrappolamento del nervo (Amarenco G et al. *Presse Med* 1987; 16: 399).

Ecco quindi che alla fine degli anni '90 si fanno spazio teorie innovative riguardo la possibile diversa eziopatogenesi della CPP, alla luce di recenti acquisizioni sull'infiammazione neuromediata come possibile causa di una neuropatia non da schiacciamento ma da infiammazione conica del nervo pudendo.

Nuove acquisizioni neurobiologiche come la sensibilizzazione crociata degli organi pelvici (Malykhina AP, *Neuroscience* 2007; 149: 660) e l'introduzione dell'infiammazione neuromediata come possibile causa di nocicezione (Wesselmann U, *World J Urol*, 2001; 19: 180; Pontari MA, Ruggieri MR; *J Urol* 2004; 172: 839; Pontari MA, *Curr Urol Rep* 2007; 8: 307) hanno dato un'ulteriore chiave di lettura di questa sindrome. Gli studi neurofisiologici si sono fatti sempre più delicati e sofisticati, e vengono utilizzati non solo in diagnostica ma anche in terapia, per le infiltrazioni del nervo pudendo sotto monitoraggio elettrofisiologico (Cappellano, Spinelli 2006).

La mappatura cerebrale delle aree coinvolte nella percezione del dolore e della continenza utilizzando la neurofisiologia ha permesso di scoprire come terapie mirate possano ripristinare a livello del SNS lo *status quo ante*; ulteriori evoluzioni di software hanno consentito di

rendere queste mappe tridimensionali e consentiranno in futuro di rappresentarle su RMN cerebrali con la possibilità di individuare anatomicamente le aree coinvolte nel processo della nocicezione (Fornara, Cappellano, 2005).

Di notevole importanza, inoltre, nella diagnostica del CPP è l'aspetto psicologico-clinico, per una rivisitazione nuova dello stato affettivo, emozionale e psicologico di questi pazienti, per troppo tempo bollati come psichiatrici in assenza di vera patologia. La percentuale di depressione è sicuramente maggiore rispetto alla popolazione di controllo (17.8%, con 4% di casi di depressione maggiore) ma aspetti comportamentali come la rabbia e l'affettività non vengono mai presi in considerazione, come neppure i possibili benefici delle tecniche di rilassamento.

Molto importante, in fase diagnostica, la valutazione della postura e il bilancio della muscolatura dello scavo e del cingolo pelvico, con possibilità di trattare le disfunzioni dal punto di vista fisioterapico in corso di terapia medica e/o mininvasiva (massaggio di Thiele, spray and stretch).

Le terapie mediche utilizzate per la CPP sono sempre più al passo con i tempi, mescolando vecchi farmaci (triciclici, Fans, oppiacei) a nuove molecole (anticonvulsivanti, antidepressivi di ultima generazione, inibitori della degranulazione dei mastociti, farmaci neurotrofici).

La terapia mininvasiva propone le infiltrazioni del nervo pudendo sotto guida TC o sotto guida ecografica, anche se il monitoraggio elettrofisiologico rimane la metodica più affidabile e funzionale per raggiungere il nervo e poter rila-



sciare i farmaci esattamente a ridosso dello stesso senza confidare sulla possibile diffusione passiva. I risultati dopo 2 anni di esperienza personale su oltre 100 pazienti sono ormai consolidati e si attestano su percentuali di guarigione pari al 60%. Nei pazienti non responder alle terapie conservative è possibile proporre come opzione terapeutica la neuromodulazione dell'area sacrale (sacrale o pudendo), la terapia iniettiva con tossina botulinica e la radiofrequenza pulsata (entrambe sperimentali e con risultati ancora da verificare nel tempo).

www.qr-link.it/video/0513



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

Un caso di sindrome di furto aorto-iliaco

La paziente è una donna di 75 anni, il cui aspetto fisico lascia intendere come la sua sia stata una vita di sacrifici e fatiche, come tutte le persone che vivono nelle campagne traendo il proprio sostentamento con il lavoro dei campi. Da qualche anno lamenta dolori addominali saltuari, a esordio lento e progressivamente ingravescenti che scompaiono entro un'ora

Antonio Giovanni Roncallo

Medico di medicina generale
Genova Valpolcevera

Federica Roncallo

Medico chirurgo, Genova

► Storia clinica

In seguito alla sintomatologia descritta dalla paziente furono prescritti: 1) esami ematochimici di routine che mettevano in evidenza soltanto una discreta ipercolesterolemia (colesterolo totale 340 mg/dL, colesterolo HDL 33 mg/dL, colesterolo LDL 225 mg/dL); 2) un'ecotomografia dell'addome completo che evidenziò solo una discreta steatosi epatica; 3) un clisma TAC che mise in evidenza una diverticolosi del sigma e del tratto discendente del colon. Il medico curante consigliò una terapia con rifaximina 1cps x 2 per dieci giorni al mese e una busta/die di integratori a base di fibre vegetali, oltre ad una dieta ricca di fibre associata ad una abbondante assunzione di liquidi. La paziente riferiva però che, nonostante la terapia in atto, gli episodi dolorosi non erano diminuiti e le caratteristiche del dolore erano rimaste immutate. D'accordo con il marito decidono quindi di rivolgersi a me.

► Visita domiciliare

All'esame obiettivo si evidenziava: un addome globoso flaccido con presenza di un'ernia ombelicale di piccole dimensioni, non dolente né dolorabile. Gli organi ipocondriaci erano nei limiti. L'apparato respiratorio e il fascio cardio-vascolare apparivano indenni, con l'esclusione di modesti crepitii pleurici nei campi polmonari

medi di destra, esiti di vecchi processi specifici e di un soffio sistolico rude alla punta.

Il quadro era effettivamente compatibile con diagnosi di diverticolosi del colon ma appena espressi il mio pensiero, notai sul viso della donna un'espressione di malcelata delusione di chi sperava in una diagnosi diversa dalla precedente. Per approfondire il quadro chiesi se c'era qualche momento particolare della giornata che poteva essere associato alla sintomatologia riferita: la paziente affermò che il dolore era sempre presente quando rientrava da una località posta molto più in basso rispetto a quella dove la coppia risiede e collegata a questo da una mulattiera ripida e scoscesa, tanto da rendere difficile ed oltremodo faticosa la risalita.

► Diagnosi e terapia

Tra le ipotesi diagnostiche si doveva, a questo punto, prendere in considerazione anche un'eventuale causa vascolare. Le prescrissi un'ecocolor doppler delle arterie iliaiche e dell'aorta addominale, che evidenziò una stenosi marcata dell'arteria iliaca comune destra, esattamente pochi centimetri sotto la biforcazione iliaca: Il quadro era compatibile con la sindrome del furto aorto-iliaco (arteria mesenterica inferiore-steal-sindrome). Inviai la paziente dal chirurgo vascolare che, con un'ulteriore ecodoppler, confermò la diagnosi e posizionò uno stent sull'arteria iliaca destra con giovamento per la paziente.

► Approfondimento

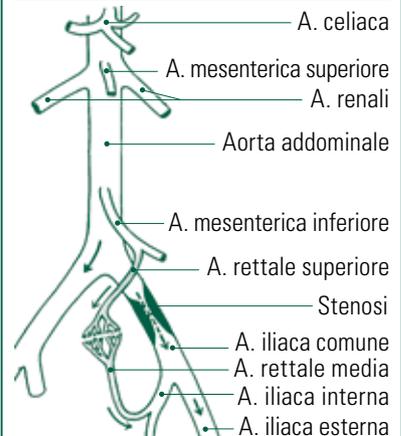
La sindrome del furto aorto-iliaco si manifesta con un dolore addominale indifferenziato che insorge

durante la marcia, specie in salita. Ciò è dovuto ad un processo obliterante, di natura quasi sempre ateromastica, dell'arteria ipogastrica e della porzione distale dell'aorta a valle dell'origine dell'arteria mesenterica inferiore (figura 1). La maggior richiesta di sangue dai vasi degli arti inferiori durante la deambulazione provoca un inversione di flusso sanguigno nella arteria mesenterica inferiore. Il sangue raggiunge l'arteria rettale superiore e, di lì, l'arteria rettale media che sfocia nell'arteria iliaca interna e successivamente nell'arteria iliaca esterna e quindi nella femorale. Per questo motivo si verifica un'ipossiemia dei territori irrorati dall'arteria mesenterica inferiore con conseguenti dolori ad-

dominali che compaiono molto prima della eventuale *claudicatio intermittens*. Questa sintomatologia la differenzia dall'arteriosclerosi dei vasi addominali descritta da Oertner e definita "disprezia intermittente angiosclerotica addominale" che è caratterizzata da dolore addominale che compare 20-30 minuti dopo un pasto abbondante e persiste per una o due ore e che inizialmente fa pensare ad una gastropatia. L'età avanzata della paziente, i disturbi degli altri distretti vascolari, un'anamnesi negativa per patologie gastriche, un'eventuale esofago-gastro-duodenoscopia negativa per lesioni ulcerose possono orientare la diagnosi verso l'*angina abdom.*

Figura 1

Si evidenzia un'inversione del flusso sanguigno nel tratto compreso tra l'arteria mesenterica inferiore e l'arteria iliaca esterna



Walter Siegenthaler - Diagnosi differenziale delle malattie interne. Società Editrice Universo, 1980, pag. 624

Asse cuore-rene/rene-cuore: sistemi isolati o vasi comunicanti?

La disfunzione renale con riduzione del filtrato glomerulare influenza sia la prognosi renale sia quella cardiovascolare. Inoltre, molte molte patologie cardiache possono influenzare negativamente la prognosi renale e/o condiverne l'eziopatologia

Claudio Ferri

Università dell'Aquila
Dipartimento MeSVA
Ospedale San Salvatore
Divisione di Medicina Interna e Nefrologia

L'impatto globale delle malattie cardiovascolari è decisamente elevato nei pazienti affetti da malattia renale cronica, crescendo via via che la riduzione della funzione renale diviene più marcata⁽¹⁾. Il legame tra malattie cardiovascolari e renali, anzi, è così evidente da cominciare a manifestarsi già per valori normali di filtrato glomerulare, in presenza però di una escrezione urinaria di albumina contenuta nel contesto dei 30-300 mg nel corso delle 24 ore (microalbuminuria)⁽¹⁾.

La definizione di nefropatia più usata è ancora quella della *National Kidney Foundation*⁽²⁾ (Figura 1) con alcune semplici modificazioni relative alla segnalazione del trattamento sostitutivo (dialisi o trapianto) nelle fasi

terminali, suggerita dalla *Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)*. Trattasi, come si vede, di una classificazione che mette in secondo piano gli aspetti morfologici ed etiologici, per fondare la stadiazione sulla funzione renale tout court. Tale scelta - ben lungi dal voler unificare le malattie renali in un unico, indistinto calderone - è a nostro avviso estremamente sensata sotto il profilo clinico ed è motivo fondante del successo duraturo della classificazione. È la presenza per sé di una disfunzione renale con riduzione del filtrato glomerulare, infatti, che influenza fortemente sia la prognosi renale, sia quella cardiovascolare. Per quanto attiene quest'ultima, in particolare, ciò può avvenire attraverso diverse strade. Tra queste, un ben definito ruolo è assegnato all'accelerazione dell'aterogenesi conseguente alla comparsa di fattori di rischio cardiovascolare quali l'ipertensione arteriosa e/o le dislipidemie, all'alterazione dell'equilibrio elettrolitico e minerale, al deterioramento ulteriore della performance ventricolare nel paziente con scompenso cardiaco, allo sviluppo di pericardite nelle fasi più avanzate, nonché allo stato di flogosi con incremento dello stress ossidativo che è presente spesso anche nelle fasi più iniziali⁽¹⁾. A lato di questi punti e dei molti altri che non possiamo enumerare per brevità, vi è poi un elemento additivo tanto rilevante, quanto troppo spesso poco considerato, che è relativo alla perdita o riduzione di efficacia di diversi tipi di terapie comunemente usate in pre-

Figura 1

Classificazione della malattia renale cronica

Stadio	Descrizione	GFR (ml/min/1.73m)
1	Danno renale* con GFR normale o aumentato	>90
2	Danno renale con lieve riduzione del GFR	60-89
3	Moderata riduzione del GFR	30-59
4	Severa riduzione del GFR	15-29
5	Insufficienza renale terminale (ESRD)	<15 (o dialisi)

Malattia Renale Cronica (MRC) è definita da:

- Una lesione renale di durata superiore o uguale a 3 mesi, confermata dalla biopsia renale o da indicatori di danno renale (ridotti valori GFR e presenza di anomalie urinarie in particolare proteinuria o microalbuminuria) con o senza riduzione del GFR
- GFR <60 ml-min per 1.73 m² per almeno 3 mesi con o senza danno renale

*Anomalie urinarie GFR = Velocità del filtrato glomerulare

(Albuminuria/proteinuria)
Diagnosi istologica di nefropatia
Anomalie ecografiche/radiologiche } **che perdurano da almeno 3 MESI**

National Kidney Foundation. Linee guida NKF-DOQI. Am J Kidney Dis 2002

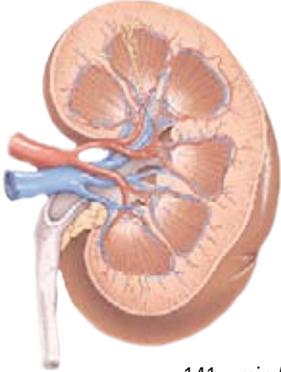
venzione cardiovascolare. Il caso più eclatante, in questo contesto, è rappresentato dall'ipertensione arteriosa, il cui controllo è tipicamente più complesso nel paziente con ridotta funzione renale rispetto agli altri⁽³⁾. Per tale motivo, come pure per quanto abbiamo già scritto sull'influenza del volume del filtrato glomerulare e dell'albuminuria sul rischio cardiovascolare individuale, il calcolo del volume del filtrato glomerulare mediante idonee formule (Figura 2) è raccomandato dalle Linee Guida per l'ipertensione Arteriosa della ESC/ESH per tutti i pazienti ipertesi⁽⁴⁾.

Nell'ambito delle problematiche cardiovascolari conseguenti a disfunzione renale, senz'altro preponderante come "peso" specifico, un problema che non deve sfuggire al clinico accorto è però quello speculare. Molte patologie cardiache, infatti, possono influenzare negativamente la funzione renale e/o dividerne l'etiopatologia, come nel caso di diverse malattie immunomediata in cui la compromissione simultanea cardiaca e renale è estremamente comune. A lato di ciò, la malattia in cui la compromissione renale cardiogenica è più spesso non considerata è la fibrillazione atriale. Nel *Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC)*⁽⁵⁾ circa 1/5 dei pazienti con malattia renale cronica avevano una qualche evidenza di fibrillazione atriale all'ingresso nello studio, con una prevalenza da due a tre volte superiore rispetto alla popolazione non nefropatica. Naturalmente, ciò supporta ancora una volta il ruolo del rene come determinante di danno cardiaco, ma dimostra anche la bidirezionalità del rapporto cuore-rene, con quest'ultimo vittima di verosimili, continue microembolizzazioni e, quindi, di una accelerazione nel declino della velocità del filtrato glomerulare.

La suddetta bidirezionalità, d'altra

Figura 2

Danno renale: calcolo del GFR



GFR = Velocità del filtrato glomerulare

Cockcroft-Gault* (eCl.Creat)

$$\frac{(140 - \text{età}) \times \text{peso corporeo}}{(\text{creatininemia} \times 72)}$$

*x 0.85 (nelle donne)

MDRD (eGFR)

$$186 \times \text{creatininemia}^{-1.154} \times \text{età}^{-0.203} \times 0.742 \text{ (se donna)}^* \times 1.210 \text{ (se afroamericano)}$$

CKD-EPI equation (eGFR)

$$141 \times \min(\text{SCr}/k, 1)^a \times \max(\text{SCr}/k, 1)^{-1.209} \times 0.993^{\text{età}} \times 1.018 \text{ [se donna]} \times 1.159 \text{ [se Afro-Americano]}$$

NB: calcolare sempre il GFR!

Molti pazienti hanno una sua riduzione, ma una normale creatininemia!

parte, può essere particolarmente spiccata nel paziente anziano, come osservato nello studio *Cardiovascular Health Study (CHS)* in quasi 5.000 anziani ambo sessi⁽⁶⁾. Pertanto, la prevenzione del declino del filtrato glomerulare non può essere disgiunta - soprattutto nel paziente anziano - da una efficace cardioprotezione e da un altrettanto efficace controllo pressorio. In tale ambito, pur nel contesto degli studi con brevissimo follow-up è illuminante un recente studio condotto nel paziente anziano, in cui la valutazione dell'efficacia antipertensiva di due inibitori del sistema renina-angiotensina-aldosterone, un bloccante del recettore AT1 per l'angiotensina II e un ACE-inibitore è stata prima valutata in una ampia casistica di pazienti anziani ipertesi, con la dimostrazione di una superiore efficacia del sartano sull'ACE-inibitore^(7,8), e poi analizzata post hoc stratificando tutti i pazienti anziani in base alla funzione renale in condizioni di base⁽⁹⁾.

Di particolare rilievo, il trattamento con il sartano mostrava nuovamente una certa maggiore efficacia rispetto a quello con ACE-inibitore, pur assai efficace. Soprattutto, però, il dato rilevante era quello relativo alle tollerabilità sia renale, sia globale, ottima per tutti e due i trattamenti. In aggiunta, mostrando come una funzione renale normale fosse presente solo nel 12.7% (n=181) dei pazienti, mentre fosse lievemente (58.9%, n=840) oppure da moderatamente a severamente compromessa (28.4%, n=405) nei restanti, lo studio indica con forza come troppo spesso la malattia renale cronica sia sottostimata nel paziente iperteso anziano⁽¹⁰⁾. Tuttavia, esso mostra anche come sia possibile prevenire l'ulteriore evoluzione della malattia renale in modo molto efficace, senza induzione di significativi eventi avversi ed in modo strettamente dipendente dall'efficace controllo dei fattori di rischio cardiovascolare.

Bibliografia

1. Kahn MR, Robbins MJ, Kim MC, Fuster V. Management of cardiovascular disease in patients with kidney disease. *Nat Rev Cardiol.* 2013. [Epub ahead of print]
2. K/DOQI Clinical Practice Guidelines for Chronic Kidney Disease: *Am.J. Kidney Dis.* 2002, 39:S1-266, (suppl 1)
3. Myat A, Redwood SR, Qureshi AC et al. Resistant hypertension. *BMJ.* 2012;345:e7473.
4. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC): 2007 Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. *J Hypertens* 2007, 25:1105–1187
5. Soliman EZ, Prineas RJ, Go AS, et al. Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) Study Group. Chronic kidney disease and prevalent atrial fibrillation: the Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC). *Am Heart J.* 2010;159(6):1102-7.
6. Deo R, Katz R, Kestenbaum B, et al. Impaired kidney function and atrial fibrillation in elderly subjects. *J Card Fail.* 2010;16(1):55-60.
7. Malacco E, Omboni S, Volpe M, et al. Antihypertensive efficacy and safety of olmesartan medoxomil and ramipril in elderly patients with mild to moderate essential hypertension: the ESPORT study. *J Hypertens.* 2010 Nov;28(11):2342-50
8. Mallion JM, Omboni S, Barton J, et al. Antihypertensive efficacy and safety of olmesartan and ramipril in elderly patients with mild to moderate systolic and diastolic essential hypertension. *Blood Press.* 2011;20 Suppl 1:3-11
9. Malacco E, Omboni S, Mallion JM, Volpe M; ESPORT Study Group: Antihypertensive efficacy of olmesartan medoxomil and ramipril in elderly patients with mild to moderate hypertension grouped according to renal function status: a retrospective analysis. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2012;19(4):213-22.
10. Gentile G, Postorino M, Mooring RD, et al. Estimated GFR reporting is not sufficient to allow detection of chronic kidney disease in an Italian regional hospital. *BMC Nephrol.* 2009; 1;10:24.

C'è una relazione tra osteoporosi e parodontopatia?

Dente e osso sono due mondi che si parlano: esistono infatti numerosi fattori di rischio comuni alle due patologie, tra cui l'età, la genetica individuale, il negativo impatto del fumo ed una compromessa guarigione dei tessuti come risultato della malattia. I meccanismi causali comprendono la rarefazione ossea ma anche la flogosi conseguente ad infezione batterica parodontale

Maria Luisa Brandi

Presidente F.I.R.M.O. (Fondazione Italiana Ricerca sulle Malattie dell'Osso)

L'osteoporosi rappresenta una delle più comuni malattie metaboliche dell'apparato scheletrico, caratterizzata da una compromessa resistenza delle ossa, sia in termini di densità minerale ossea che di qualità, che predispone l'individuo ad aumentare il rischio di fratture, portando spesso a gravi disabilità. In pratica, quando si verifica un disequilibrio tra la formazione di osso, promossa dagli osteoblasti, e il suo riassorbimento, promosso dagli osteoclasti, insorgono i problemi. Poiché la perdita di massa ossea di per sé non causa alcun sintomo evidente fino al momento in cui non si presentano fratture, l'osteoporosi è spesso definita come una "malattia silente". Allo stesso modo la parodontopatia è definita come una malattia silente, che non causa alcun sintomo evidente fino agli ultimi stadi della sua evoluzione e, quindi, alla perdita dei denti. L'osteoporosi e la malattia parodontale hanno numerosi fattori di rischio comuni, tra cui l'età, la genetica individuale, il negativo impatto del fumo ed una compromessa guarigione dei tessuti come risultato della malattia. Per spiegare la relazione esistente tra osteoporosi e malattia parodontale sono stati ipotizzati diversi meccanismi. Primo, l'osteoporosi porta a perdita della densità minerale ossea (BMD) in tutto l'organismo, incluse la mascella e la mandibola, e ciò provoca non solo un aumento della porosità alveolare ma anche un'alterazione a livello dell'osso trabecolare ed un

più rapido riassorbimento dell'osso alveolare, conseguente all'infezione da parte di agenti patogeni. Secondo, fattori sistemici, che influenzano il riassorbimento osseo, possono essere modificati anche dalla risposta del tessuto locale all'infezione parodontale, provocando l'aumento della produzione di citochine pro-infiammatorie. Molti studi in letteratura hanno cercato di spiegare la relazione esistente tra osteoporosi e parodontopatia, supportando una positiva associazione tra queste due comuni malattie. Nonostante ciò, le conclusioni tratte da questi lavori devono essere interpretate con cautela a causa delle limitazioni degli studi disegnati, prima fra tutte le piccole dimensioni dei campioni studiati e la popolazione presa in considerazione, in genere donne post-menopausali. Sebbene la malattia parodontale sia il risultato di processi infettivi, le ricerche degli ultimi anni hanno suggerito che tale patologia rappresenti una precoce manifestazione dell'osteoporosi e che questa sia un fattore di rischio per la perdita di osso alveolare e quindi per la progressione della patologia parodontale. Il legame tra la due malattie è rappresentato infatti dal processo di riassorbimento dell'osso. L'aumento locale della produzione di citochine, associato alla patologia parodontale, potrebbe accelerare il riassorbimento sistemico di osso. La citochina proinfiammatoria IL-6, prodotta dagli osteoblasti, sembrerebbe svolgere un ruolo chiave in questo potenziale meccanismo.

Nella normale omeostasi dell'osso, infatti, la produzione di IL-6 stimola l'attività degli osteoclasti e, quindi, il successivo riassorbimento osseo.

Gli estrogeni e il testosterone rappresentano i principali fattori che diminuiscono l'espressione del gene IL-6. Dopo la menopausa, i livelli di IL-6 sono elevati anche in assenza di infezioni, trauma o stress. Ne consegue quindi che l'aumento dell'espressione del gene IL-6 con l'età può essere la ragione del perché sia l'osteoporosi che la malattia parodontale siano delle patologie collegate all'età.

Un'altra importante correlazione tra osteoporosi e malattia parodontale è rappresentata dalla vitamina D, ormone che gioca un ruolo fondamentale proprio nello sviluppo e nel mantenimento del tessuto osseo, oltre che per le funzioni del sistema immunitario e dell'apparato cardiovascolare. La sua carenza costituisce infatti un fattore di rischio per lo sviluppo dell'osteoporosi, con importanti ripercussioni anche sulle ossa mascellari che, demineralizzandosi, favoriscono appunto l'insorgenza e la progressione della parodontopatia.

► **Metabolismo della vitamina D**

Lo studio sistematico da parte dell'odontoiatra del metabolismo della vitamina D, anche mediante l'analisi dei polimorfismi genici del recettore della vitamina D (indispensabile per le funzioni biologiche della vitamina D), consente di effettuare una diagnosi di rischio aumentato per l'osteoporosi anche con molti anni di anticipo. È evidente infatti che mutazioni funzionali a livello del gene del recettore della vitamina D possano provocare profondi effetti sul metabolismo minerale e sulla densità minerale ossea. L'individuazione di questa suscettibilità geneti-

ca permette uno screening di massa con individuazione dei soggetti "a rischio" con conseguente invio di tali soggetti a uno specialista per una precoce valutazione densitometrica della massa ossea (MOC) ed un adeguato follow-up. La prevenzione fatta così su larga scala porterebbe benefici importantissimi sia in termini di costi economici a carico del Sistema Sanitario Nazionale, sia in termini di miglioramento della qualità della vita dei pazienti.

► **Comprendere i meccanismi**

È comunque necessario approfondire le attuali conoscenze attraverso futuri studi al fine di chiarire e comprendere meglio i meccanismi in base ai quali l'osteoporosi e la malattia parodontale risultino associate tra di loro.

Le malattie parodontali e l'osteoporosi possono rappresentare l'espressione di una particolare condizione patologica, quale la malattia celiaca (MC). Tale patologia è a carico dell'apparato digerente ed è causata dall'ingestione della proteina glutine, la quale si può trovare in alimenti quali il pane, la pasta, i biscotti, la pizza e ogni altra pietanza contenente frumento, farro, orzo o segale. Quando una persona affetta da celiachia ingerisce alimenti contenenti glutine, si provoca una reazione immunitaria nell'intestino tenue risultante in un suo danneggiamento e la conseguente inabilità ad assorbire certi nutrienti dal cibo. Un inefficace assorbimento intestinale può privare cervello, sistema nervoso, ossa, fegato e altri organi di nutrienti e causare deficienze vitaminiche che possono portare ad altre malattie. Questo può essere grave specialmente nei bambini, i quali hanno bisogno di una nutrizione appropriata per svilupparsi e crescere.

L'assorbimento attivo del calcio ha luogo soprattutto nel duodeno e nella parte prossimale del digiuno. È verosimile pertanto ipotizzare che le alterazioni della mucosa intestinale che si osservano nei soggetti con enteropatia da glutine, che determinano una riduzione della superficie assorbitiva del piccolo intestino proprio a livello duodeno-digiunale, possano interferire negativamente anche con il bilancio del calcio. L'ipocalcemia rappresenta dunque l'evento centrale, al quale poi conseguono una serie di complesse alterazioni metaboliche e, in particolare, l'aumento dei livelli nel siero di paratormone (PTH). L'ipersecrezione di PTH, a sua volta, non solo accelera il riassorbimento osseo, ma è in grado anche di modificare il metabolismo della vitamina D.

Il coinvolgimento del tessuto osseo, osservabile sia in età pediatrica che nei soggetti adulti, può essere non solo parte integrante del quadro clinico-metabolico di esordio della MC ma, soprattutto in età adulta; rappresenta anche l'unica modalità di espressione clinica di tale condizione, in assenza di qualsiasi disturbo gastrointestinale o addirittura prima che questo o altri sintomi divengano evidenti. Risulta pertanto evidente come sia l'osteoporosi che la parodontopatia possano rappresentare dei fattori diagnostici estremamente utili al fine di identificare la malattia celiaca.

www.qr-link.it/video/0513



Puoi visualizzare il video di approfondimento anche con smartphone/iphone attraverso il presente QR-Code

Incontinenza urinaria, una campagna per le donne

► L'incontinenza urinaria da urgenza, il sintomo più invalidante della vescica iperattiva, genera imbarazzo, senso di vergogna e limitazione nella libertà di muoversi. Anche se un'indagine condotta in Lombardia disegna uno scenario diverso dal resto del Paese, con una migliore informazione sul problema. Tuttavia il 25% non parla con nessuno del problema, il 33% è convinto che non si possa fare nulla e il 28% prova vergogna. Per far emergere le ricadute della patologia arriva a Milano una campagna nazionale di sensibilizzazione, Donne VIP, promossa dal Gruppo Italiano Salute e Genere.

Terapia del dolore cronico con nuovi dispositivi

► Grazie alla disponibilità di un nuovo dispositivo di neurostimolazione midollare sarà possibile trattare con vantaggio alcune tipologie di pazienti con dolore cronico che ora potranno accedere a tutti i benefici della risonanza magnetica integrale (MRI). Questa tecnica è diventata uno *standard of care* per la diagnosi di patologie, talora gravi, e per il controllo nel tempo dell'evolvere di patologie pregresse, ma era preclusa ai portatori di neurostimolatori e per effettuarla occorreva prima disimpiantare chirurgicamente il dispositivo. In Italia il primo impianto è stato effettuato presso l'ospedale Molinette dell'Azienda Città della Salute e della Scienza di Torino. Oggi la neurostimolazione midollare viene raccomandata nei pazienti con dolore cronico neuropatico da danno

dei nervi periferici, da neuropatia diabetica, da insuccesso della chirurgia vertebrale, da nevralgia postoperatoria, da lesioni parziali del midollo spinale, da sindrome dolorosa dell'arto fantasma, da lesioni del plesso brachiale, da dolore ischemico degli arti e da angina pectoris grave e da dolore delle sindromi regionali complesse.

Le news sui farmaci si consultano con una APP

► È disponibile una nuova APP per iPhone e iPad, per consultare gratuitamente PharmaStar, il quotidiano on-line sui farmaci. Grazie a questo nuovo formato è possibile consultare facilmente le notizie ordinate per data di pubblicazione o suddivise per categoria.

Tecnologie avanzate e gestione della salute

► Giunta sul mercato italiano iHealth è una linea di prodotti tecnologici medicali per Apple e Android, wireless Bluetooth che permettono di trasformare Smartphone e tablet in una stazione diagnostica avanzata, economica e facile da usare. iHealth si compone di due linee di prodotti, consumer e professional, cui si aggiungerà la linea "baby". I prodotti iHealth sono dispositivi medici certificati, dal design curato e funzionale e tecnologia avanzatissima. Gli apparecchi diagnostici della gamma sono i misuratori di pressione da braccio e da polso, il glucometro, le bilance wi-fi e BMI wi-fi; tutti consentono il collegamento con Smartphone e tablet tramite un'unica App gratuita ("iHealth My Vitals",

scaricabile direttamente da Apple Store) e l'esportazione dei dati su piattaforme e cartelle cliniche. Con questa tecnologia avanzata è possibile disporre di un archivio a prova di smarrimento, aggiornato in tempo reale e condivisibile con terze persone quali il medico di fiducia e lo specialista. La linea è distribuita in esclusiva da GIMA, azienda milanese leader nella commercializzazione di apparecchi e dispositivi medici.

Un solo farmaco per due forme di ipertensione polmonare

► Concessa la priorità di revisione per l'approvazione da parte della Food and Drug Administration (FDA) di riociguat, un farmaco orale in sperimentazione che ha dimostrato efficacia in due differenti forme di ipertensione polmonare, ipertensione polmonare cronico-tromboembolica inoperabile (CTEPH) e ipertensione polmonare arteriosa (PAH). Con il Prescription Drug User Fee Act (PDUFA), l'FDA intende completare la revisione entro otto mesi dalla data di richiesta, anziché in 12 mesi, durata del ciclo di revisione standard. Ad oggi, non esistono terapie farmacologiche approvate per CTEPH e la conseguenza è un urgente bisogno medico non soddisfatto nei pazienti che non sono eleggibili per l'intervento chirurgico. La richiesta è supportata dai dati provenienti da 2 studi clinici pilota di fase III, presentati al meeting annuale del 2012 di American College of Chest Physicians (ACCP), che hanno raggiunto l'endpoint primario, la modifica nella capacità di esercizio dopo 12 o 16 settimane rispettivamente. Riociguat è stato generalmente ben tollerato ed ha mostrato un buon profilo di sicurezza.